

**DOCUMENTO DE INFORMACION DEL NIÑO  
ESTADO DE MICHIGAN**

Department of Human Services  
Office of Children and Adult Licensing

**THIS INFORMATION MUST BE COMPLETED IN ENGLISH.**

Fecha de Admisión		Fecha de Descarga				
Nombre del Niño (Apellido, Primero, Initial)				Dirección (Número y Calle, Edificio/Número del Apartamento)		
Fecha de Nacimiento del Niño		Teléfono del Hogar o Celular (    )		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Padre/Tutor Legal				Nombre de la Madre/Tutor Legal		
Dirección de su Hogar (si no es la dirección del niño)				Dirección de su Hogar (si no es la dirección del niño)		
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador/Nombre de la Escuela				Empleador/Nombre de la Escuela		
Dirección (Empleador/Escuela)				Dirección (Empleador/Escuela)		
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Empleador/Escuela (    )		Horas de Empleo/Escuela		Número de Teléfono Empleador/Escuela (    )		Horas de Empleo/Escuela
Nombre de Persona Local para Notificar en una Emergencia cuando Padres no están Disponibles				Dirección Local y Número de Teléfono de Persona si hay Emergencia		
Teléfono del Hogar o Celular (    )		Teléfono del Empleo (    )		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre(s) de la Persona con excepción del Padre o el Tutor Legal a quienes el niño puede ser libertado						

Yo doy permiso _____, licenciado por el Department of Human Services (Cuidador de Niños)		
para asegurar la emergencia médica y/o el tratamiento quirúrgico de emergencia para el niño menor nombrado arriba mientras que se está cuidando.		
Firma del Padre o Tutor	Fecha de Firma	AUTORIDAD: Acta 116 de P.A. 1973. TERMINACION: Requerido PENALIDAD: Citación de Violación de Regla.

Espacio para Autenticar (Si es Requerido por la Facilidad Local Medical)

Nombre del Médico del Niño o Clínica de Salud	Número de Teléfono del Médico (      )
Dirección del Médico del Niño o de la Clínica de Salud	Nombre del Portador del Seguro Médico
Hospital Preferido para el Tratamiento de Emergencia	Número de Política del Seguro Médico
Alergias, Si Hay	Fecha del Último Tiro de Tétanos

<b>Excursión Educativa:</b> Yo doy por este medio mi permiso a: _____ Nombre del Cuidador para que mi niño sea transportado en un vehículo y/o participar en excursions educativas.
Firma del Padre o Tutor
The Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

OCAL-3731-SP (4-05) La edición anterior puede ser usada.